

Schwarzer, Ralf

Volitionstheorie der Gesundheitserziehung

Zeitschrift für Pädagogik 40 (1994) 6, S. 907-922



Quellenangabe/ Reference:

Schwarzer, Ralf: Volitionstheorie der Gesundheitserziehung - In: Zeitschrift für Pädagogik 40 (1994) 6, S. 907-922 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-111159 - DOI: 10.25656/01:11115

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-111159>

<https://doi.org/10.25656/01:11115>

in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Zeitschrift für Pädagogik

Jahrgang 40 – Heft 6 – November/Dezember 1994

Thema: Gesundheitserziehung

- 851 MATTHIAS JERUSALEM/WALDEMAR MITTAG
Gesundheitserziehung in Schule und Unterricht
- 871 ANJA LEPPIN/KLAUS HURRELMANN/MARCUS FREITAG
Schulische Gesundheitsförderung im Kontext von Klassenklima und
sozialem Rückhalt durch die Lehrer
- 891 ARNOLD LOHAUS/HEIDE LARISCH
Zum Kenntnisstand von Jugendlichen über gesundheitliche Bera-
tungsangebote: Eine Bestandsaufnahme und ein Interventionsansatz
- 907 RALF SCHWARZER
Volitionstheorie der Gesundheitserziehung

Diskussion

- 925 HANS-ULRICH GRUNDER
Reform der Erziehung. Eine Auseinandersetzung mit Andreas
Flitner
- 941 ANDREAS FLITNER
Reformthemen, Klassikerlektüre und Impulse des 20. Jahrhunderts.
Replik auf Hans-Ulrich Grunder
- 945 ANDREAS ETGES
Erziehung zur Gleichheit. Mathilde Franziska Annekes Töchter-
Institut in Milwaukee und ihr Eintreten für die Rechte der Frauen
- 963 ACHIM LESCHINSKY
Freie Schulwahl und staatliche Steuerung. Neue Regelungen des
Übergangs an weiterführende Schulen

Besprechungen

- 985 FRITZ OSTERWALDER
 Peter Stadler: Pestalozzi – Geschichtliche Biographie.
 Band 2: Von der Umwälzung zur Restauration
- 989 HILDEGARD FEIDEL-MERTZ
 Inge Hansen-Schaberg: Minna Specht – Eine Sozialistin in der
 Landerziehungsheimbewegung (1918 bis 1951). Untersuchung zur
 pädagogischen Biographie einer Reformpädagogin
- 991 FRANZ-MICHAEL KONRAD
 Renate Knobel: Der lange Weg zur akademischen Ausbildung in der
 sozialen Arbeit. Stationen von 1868 bis 1971
 Ute Lange-Appel: Von der allgemeinen Kulturaufgabe zur Berufs-
 karriere im Lebenslauf. Eine bildungshistorische Untersuchung zur
 Professionalisierung der Sozialarbeit
- 994 HEINZ-ELMAR TENORTH
 Frank-Michael Kuhlemann: Modernisierung und Disziplinierung.
 Sozialgeschichte des preußischen Volksschulwesens 1794–1872

Dokumentation

- 999 Pädagogische Neuerscheinungen

Contents

Topic: Health Education

- 851 MATTHIAS JERUSALEM/WALDEMAR MITTAG
Health Education in the Classroom
- 871 ANJA LEPPIN/ KLAUS HURRELMANN/MARCUS FREITAG
Health Promotion in School in the Context of Classroom and Social
Backing by the Teachers
- 891 ARNOLD LOHAUS/HEIDE LARISCH
How Well Informed are Adolescents as Regards Advisory Services
on Questions of Health and Hygiene? – A stock-taking and an ap-
proach to intervention
- 907 RALF SCHWARZER
Volitional Theory of Health Education

Discussion

- 925 HANS-ULRICH GRUNDER
Educational Reform. A discussion of Andreas Flitner's position
- 941 ANDREAS FLITNER
Reform Topics, Re-Reading the Classics, and Impulses of the
Twentieth Century. A reply to Hans-Ulrich Grunder
- 945 ANDREAS ETGES
Education for Equality. Mathilde Franziska Anneke's secondary
school for girls in Milwaukee and her championship of women's
rights
- 963 ACHIM LESCHINSKY
Free Choice of School and State Control. New regulations for the
transfer to secondary schools

Reviews

985

Documentation

- 999 Recent Pedagogical Publications

Volitionstheorie der Gesundheitserziehung

Zusammenfassung

Es werden neue theoretische Überlegungen vorgetragen, die dazu beitragen können, die gesundheitspädagogische Forschung zu stimulieren und die Praxis der Gesundheitserziehung zu beeinflussen. Dabei werden Phasen des Selbstregulationsprozesses, der zu einem Risikoverhalten oder Gesundheitsverhalten führt, unterschieden. Die anfängliche Motivationsphase ist durch das Abwägen zwischen Alternativen gekennzeichnet und schließt mit einer Zielintention ab. In der nachfolgenden Volitionsphase geht es um die Umsetzung einer Absicht in einem Handlungsversuch sowie um die Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens gegen Widerstände. Auch hier erweist sich die Kompetenzerwartung als eine wichtige Einflußgröße. Abschließend werden Konsequenzen für die Gesundheitserziehung diskutiert.

Bei der Erziehung zur Gesundheit geht es darum, Menschen jeden Alters dazu zu veranlassen, für die eigene Gesundheit Sorge zu tragen. Das Ziel liegt somit im Abbau von Risikoverhaltensweisen, im Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen und schließlich in der Aufrechterhaltung von bereits erworbenen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Dieser Erziehungsprozeß ist von Schwierigkeiten gekennzeichnet und zeigt bei der Mehrheit der Adressaten offenbar nicht die gewünschten Erfolge, denn viele Risikoverhaltensweisen haben sich als sehr widerspenstig erwiesen, und pädagogische Eingriffe stoßen hier überhaupt auf nur geringe Akzeptanz. Es erscheint daher lohnenswert, den kognitiven Prozessen nachzugehen, die zwischen der erzieherischen Botschaft und dem gesundheitlichen Handeln liegen. Die Frage ist also, wie aus pädagogischen Interventionen das erwünschte Zielverhalten entsteht und an welchen Nahtstellen dieses Prozesses die Wahrscheinlichkeit des Scheiterns erhöht ist.

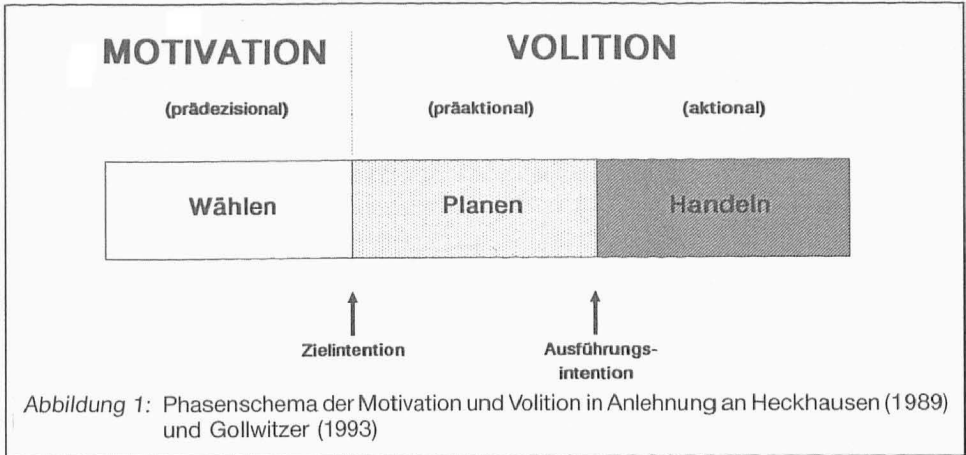
Gesundheitserzieher versuchen immer wieder, auf zwei Wegen zum Ziel zu gelangen: Sie vermitteln Wissen und erzeugen Angst. Diese beiden traditionellen Prozeduren („information appeal“ und „fear appeal“) haben sich allerdings als untauglich für das Präventionsziel erwiesen. Sie können allenfalls dazu dienen, nachfolgende Motivationsprozesse einzuleiten, insbesondere wenn beide Methoden wohl dosiert miteinander kombiniert werden (TAYLOR 1991). Dies ist der Grundgedanke der Risikokommunikation. Man liefert Informationen über Gesundheitsrisiken, betont die Gefährlichkeit des möglichen Schadens sowie die eigene Verwundbarkeit der Adressaten und hofft, damit irgendwelche Veränderungen im Individuum zu erzeugen, die eines Tages im erwünschten Gesundheitsverhalten zum Ausdruck kommen. Einige Psycholo-

gen haben dazu beigetragen, die „black box“ zwischen der Risikokommunikation und dem Verhalten aufzuhellen. Ein Meilenstein auf diesem Weg war die Theorie des wohlüberlegten Handelns (Theory of Reasoned Action) von FISHBEIN/AJZEN (1975). Die Autoren vertraten die heute allgemein übliche Auffassung, daß ein sehr großer Teil unseres Verhaltens zielgerichtet und internal gesteuert ist und daß Menschen ganz bestimmte Intentionen entwickeln, die das nachfolgende Handeln bestimmen. Die Intention bildet den Endpunkt eines Motivationsprozesses und mündet dann in die beabsichtigte Handlung, wenn sich nicht unerwartet irgendwelche inneren oder äußeren Barrieren auf tun, die diese Umsetzung verhindern. Intentionen kommen ihrerseits dadurch zustande, daß Einstellungen und soziale Erwartungen miteinander ins Kalkül gezogen werden. Dazu gibt es allerdings eine Reihe konkurrierender Überlegungen, auf die weiter unten kurz eingegangen wird.

Ein Wort zum Stellenwert von Prävention und Intervention erscheint an dieser Stelle angebracht. Pädagogen stellen sich die optimale Gesundheitserziehung vor allem als eine präventive Maßnahme vor. Die Absicht, gesundheitliches Risikoverhalten nur durch Primärprävention in der Schule frühzeitig unterbinden zu wollen, hat sich allerdings als illusorisch erwiesen. Worauf es genauso ankommt, sind Maßnahmen zur Schadensbegrenzung, damit sich das Problemverhalten nicht stabilisiert oder generalisiert. Die Droge darf zum Beispiel nicht zur Einstiegsdroge werden. Rauchen und Trinken müssen vielmehr der kompetenten Selbstkontrolle unterliegen. Die Kombination mehrerer Risikoverhaltensweisen darf nicht zu einem riskanten Lebensstil entarten. Die Jugendlichen dürfen also nicht in eine ungesunde Subkultur abgleiten, die ihnen nur scheinbar Halt bietet, sondern müssen ihre entwicklungsgemäßen Erfahrungen mit Risikoverhaltensweisen machen dürfen.

Seelisch gesunde Jugendliche experimentieren normalerweise mit riskanten Aktivitäten, einfach weil dies zu den Entwicklungsaufgaben gehört. Der springende Punkt bei der Schadensbegrenzung liegt in der Erzeugung und Kultivierung vielfältiger Selbstwirksamkeitserwartungen für riskante Situationen. Die Jugendlichen müssen zunehmend Bewältigungskompetenz erwerben, um soziale und andere Versuchungssituationen in den Griff zu bekommen. Sie müssen lernen, daß nicht nur die Entstehung eines Risikos beeinflussbar ist, sondern auch das Ausmaß eines Schadens, wenn einmal etwas schiefgegangen ist.

Im vorliegenden Beitrag soll zunächst die Motivations- oder Entscheidungsphase untersucht werden, dann vor allem aber das Geschehen, das zeitlich und kausal jenseits von Intentionen liegt, um einen Eindruck davon zu vermitteln, warum Menschen trotz guter Absichten nicht das erwünschte Gesundheitsverhalten ausführen. Für diese Betrachtung hilft die Unterscheidung zwischen Motivation und Volition (HECKHAUSEN 1989). Die Motivationsphase ist die des Wählens und Wollens, in der man sich zwischen alternativen Handlungszielen entscheidet (vgl. Abb. 1). Man kann sich das so vorstellen, als fände ein innerer Kampf statt, bei dem sich widersprechende Wünsche und Bestrebungen um Durchsetzung ringen. Man kämpft zum Beispiel mit sich selber, ob man sich in Zukunft gesünder ernähren möchte und dafür auf ungesunde Köstlichkeiten zu verzichten bereit ist. Solche Prioritätensetzung geschieht angesichts von Wertvorstellungen, Rahmenbedingungen, Realisierungschancen usw. Eine der Optionen setzt sich schließlich durch und wird damit zur Zielintention. Dieser



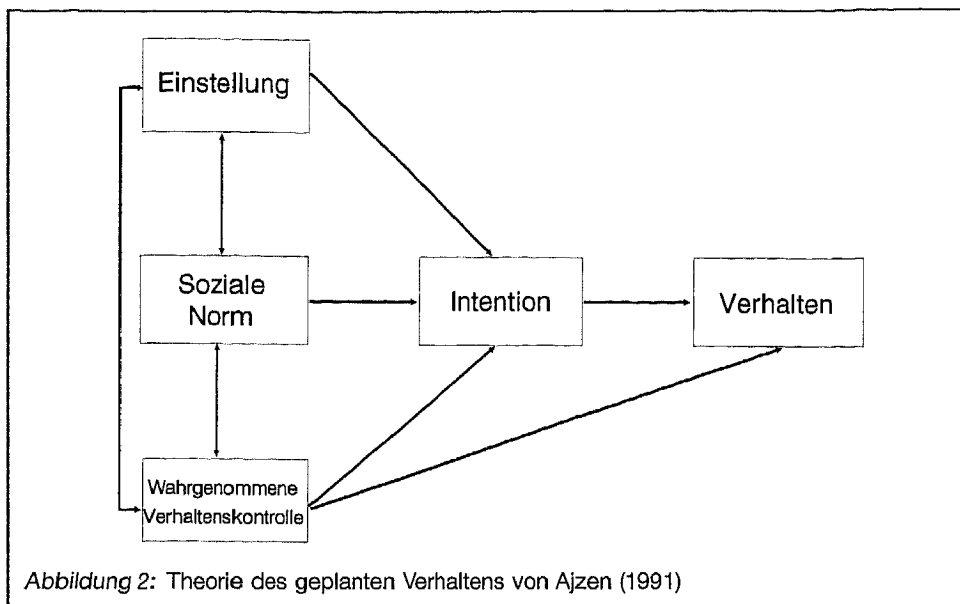
kann man somit die Funktion zuschreiben, Entscheidungskonflikte zu beenden und die damit verbundene Spannung zu verringern.

Hat man sich schließlich zu einer Zielintention durchgerungen (z. B. „Ich will mich gesünder ernähren“), tritt man in die sogenannte Volitionsphase ein. Hier geht es um die mögliche Realisierung der Intention. „Der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach“ ist eine treffende Formulierung, die angibt, daß zwar eine Intention gebildet wurde, aber die Realisierung auf Widerstand stößt. Die Umsetzung der Intention in eine Handlung ist also das primäre Problem. Später kommt die Frage nach der Aufrechterhaltung der initiierten Handlung hinzu. Die klassischen Motivationsvariablen Anstrengung und Ausdauer sind demnach eigentlich Volitionsvariablen, wenn man sich dem neueren Sprachgebrauch anschließt.

Die Volitionsphase läßt sich wiederum unterteilen in eine präaktionale und eine aktionale Phase: Bevor es zur eigentlichen Handlung kommt, gilt es nämlich, diese vorzubereiten, indem man sich die Bedingungen und Realisierungsmöglichkeiten für die gewählte Handlung planerisch vor Augen führt. Die Planungsphase endet mit einer oder mehreren handlungsnahen Ausführungsintentionen, die zur Konkretisierung der vorher gebildeten Zielintention beitragen („Ich kaufe mir jetzt gleich Müsli statt Eier und mache mir morgen ein gesundes Frühstück“). Vor der Handlung kommt es auf die Handlungsplanung, während der Handlung auf die Handlungskontrolle an. Es reicht nicht, sich zu einer allgemeinen Entscheidung durchzuringen, man muß auch konkret werden und die resultierenden Handlungselemente im Detail vorausplanen. Eine ausführliche Darstellung dieser Phasen findet man bei SCHWARZER (1993 a). In der nachfolgenden Darstellung wird zunächst auf die Motivationsphase, dann auf die Volitionsphase gesundheitsrelevanten Handelns eingegangen.

1. Die Motivationsphase: sich ein Gesundheitsverhalten vornehmen

Die Frage, wie man zu einer Entscheidung gelangt, hat viel mehr wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfahren als die Frage, wie man diese Entscheidung in



tatsächliches Handeln umsetzt. Dabei streiten sich die Gelehrten vor allem über die vorhersagemächtigsten psychologischen Konstrukte und über deren kausale Ordnung (WEINSTEIN 1993). Einer der beiden Begründer der Theorie des wohlüberlegten Handelns hat inzwischen ein erweitertes Modell mit dem Namen Theorie des geplanten Verhaltens vorgelegt (AJZEN 1991). Neu ist daran die subjektive Verhaltenskontrolle als einer weiteren Einflußgröße neben der Einstellung und den sozialen Erwartungen (s. Abb. 2). Damit ist gemeint, daß die Person davon überzeugt sein kann, daß sie es selbst in der Hand hat, die Dinge zu ändern. In einer Reihe von Studien hat sich diese dritte Determinante als einflußreich erwiesen. Dies gilt um so mehr, wenn man sie durch ein verwandtes und besser definiertes und bewährtes Konstrukt ersetzt, nämlich die Kompetenzerwartung, wie vor allem holländische Studien gezeigt haben (Kok et al. 1992).

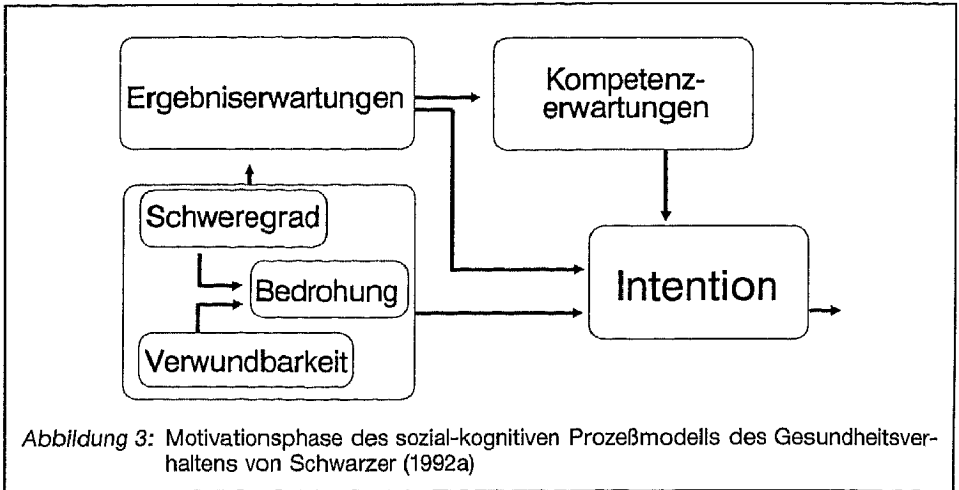
Kompetenzerwartung (auch Selbstwirksamkeitserwartung genannt) wurde von BANDURA (1977, 1992) als ein nützliches Konstrukt ins Leben gerufen, das alle möglichen Verhaltensänderungen gut zu erklären und vorherzusagen vermag. Damit ist eine Überzeugung von persönlichen Handlungskompetenzen angesichts schwieriger Aufgaben gemeint. Dies wird übrigens auch als funktionaler Optimismus bezeichnet (SCHWARZER 1993b). Man ist also mehr oder weniger davon überzeugt, mit Hilfe eigener Ressourcen, insbesondere eigener Fähigkeiten, eine Problemlage erfolgreich bewältigen zu können (vgl. auch JERUSALEM 1990). Inzwischen gibt es ungefähr 400 empirische Studien dazu, und vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung verbreitet sich die Auffassung, daß man die herkömmliche Risikokommunikation durch eine Ressourcenkommunikation ergänzen muß, indem den Adressaten vermittelt wird, daß es wirklich in ihrer Macht liegt, ihr Leben aktiv zu verändern.

Man kann Jugendliche zum Beispiel darüber aufklären, daß ihr Rauchen die

Entstehung von Lungenkrebs in 40 Jahren begünstigt. Oder man mag ihnen vermitteln, daß sie später Karies und Parodontose bekommen, wenn sie sich jetzt nicht gründlich die Zähne putzen. Diese Aufklärung ist allerdings weitgehend wirkungslos, denn die meisten Kinder und Jugendlichen sind mit einem defensiven Optimismus ausgestattet. Sie hegen Illusionen über ihren Lebenserfolg und verzerren Informationen über drohende Gefahren, was ein durchaus funktionaler Mechanismus sein kann, der die Alltagsbewältigung erleichtert. Wo kämen wir hin, wenn wir ständig den Blick auf die objektiven Gefährdungen richten würden, die unser Leben und unsere Gesundheit bedrohen? Wissensvermittlung und Risikokommunikation sind herkömmliche Methoden der Verhaltensbeeinflussung. Den Jugendlichen gegenüber anschaulich die Gefahren auszumalen, die zum Beispiel durch Rauchen, Schnelfahren oder ungeschützten Geschlechtsverkehr entstehen können, mag subjektive Bedrohung erzeugen, aber das reicht bei weitem nicht aus, um präventives Handeln in Gang zu bringen. Man kann dadurch lediglich einen Motivationsprozeß ankurbeln, ohne jedoch zu einer konstruktiven Absichtserklärung zu gelangen. Forschungsarbeiten haben wiederholt gezeigt, daß die Risikowahrnehmung eine viel schwächere Motivationswirkung nach sich zieht als die Selbstwirksamkeitserwartung. Demnach spielt das Vertrauen in die eigene Fähigkeit eine deutlich größere Rolle zur Regulation schwieriger Anforderungen. Nicht das Risiko sollte daher im Vordergrund pädagogischer Bemühungen stehen, sondern die Ressourcen. Die wichtigste Ressource ist die Gewißheit eigener Handlungskompetenz. Wer sich reich an Ressourcen glaubt, steuert sein Verhalten eher selbst, anstatt es passiv schicksalhaften Kräften zu überlassen.

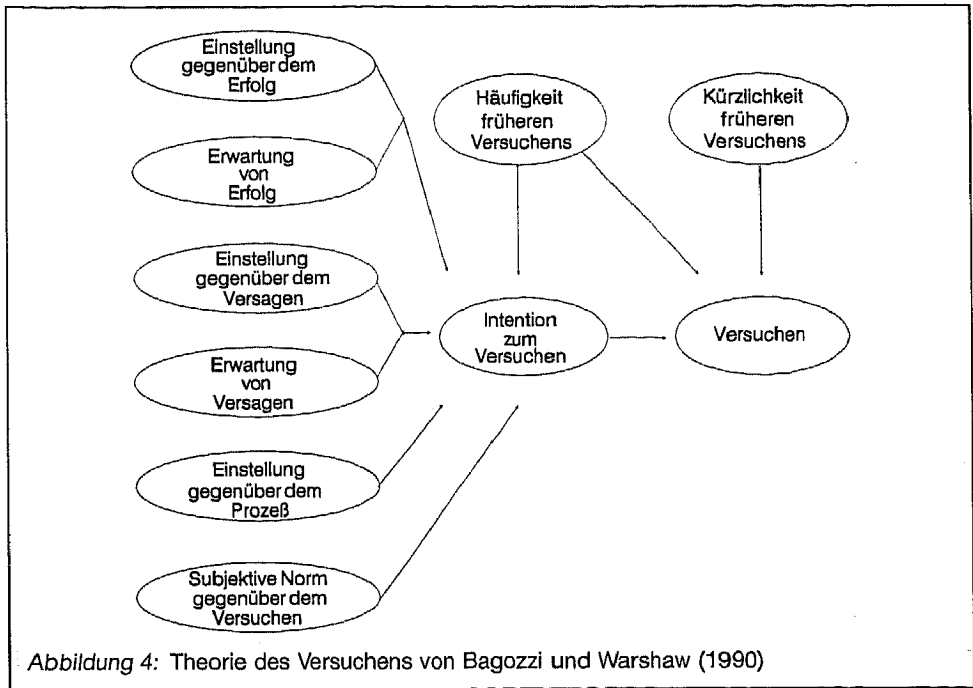
Diese Überlegung findet sich insbesondere in dem sozial-kognitiven Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns (SCHWARZER 1992a). Danach sind es während der Motivationsphase drei Merkmale, die gemeinsam den Ausschlag für eine bestimmte Zielintention geben: die Risikowahrnehmung, die Ergebniserwartungen und die Kompetenzerwartung (vgl. Abb. 3).

Die Risikowahrnehmung beruht auf einer subjektiven Einschätzung des Schweregrades von Erkrankungen sowie der eigenen Verwundbarkeit, woraus sich ein bestimmter Grad von Bedrohung ergibt („Ich fürchte, daß ich eines Tages Lungenkrebs bekommen könnte“). Dies löst kognitive Prozesse aus wie zum Beispiel die Suche nach Informationen über mögliche Gegenmaßnahmen oder die Bewertung von Handlungen und Handlungsergebnissen. Solche Ergebniserwartungen können präventionshinderlich („Wenn ich weiterrauche, mögen mich meine Freunde“) oder präventionsförderlich sein („Wenn ich jetzt mit dem Rauchen aufhöre, erholt sich meine Lunge bald wieder“). Risikoperzeptionen und Ergebniserwartungen bleiben jedoch oft wirkungslos, wenn sie nicht von Kompetenzerwartung begleitet werden („Ich bin mir sicher, daß ich eine Zigarette ablehnen kann, auch wenn mich die anderen sehr drängen“ oder „Ich weiß ganz sicher, daß ich trotz der Entzugserscheinungen die Kraft bringe, mit dem Rauchen aufzuhören“). Es wird darüber spekuliert, ob die Wahrnehmung von Risiken nur eine Initialzündung für Motivationsprozesse liefert oder ob sich die drei Merkmale vielleicht gegenseitig aufschaukeln. Die resultierende Intensionsstärke ist offenbar weitgehend von der Kompetenzerwartung abhängig. Typischerweise werden Korrelationen um $r = .40$ zwischen



der Kompetenzerwartung und der Zielsetzung berichtet (vgl. LOCKE/LATHAM 1990). Die Frage nach der kausalen Ordnung der drei Merkmalsgruppen innerhalb des Motivationsprozesses ist jedoch bisher noch unbeantwortet und stellt ein aktuelles Forschungsthema dar.

Zunehmend wird der Versuch unternommen, die Modelle der Motivationsphase um die bislang vernachlässigten postdeziisonalen Prozesse zu ergänzen. In der Theorie der Zielsetzung von LOCKE/LATHAM (1990) zum Beispiel wird angenommen, daß nicht nur die Zielparameter (Zielniveau, Zielbindung) die nachfolgende Leistung bestimmen, sondern daß auch die Kompetenzerwartung einen direkten Einfluß, der ungefähr gleich stark ist, ausübt. In ähnlicher Weise postuliert AJZEN (1991) in seiner Theorie des geplanten Verhaltens unter bestimmten Umständen einen direkten Einfluß der Kompetenzerwartung auf das Handeln. In diesen beiden Theorien ist also die Intention nicht die einzige Verhaltensdeterminante. Vielmehr wirkt sich die Kompetenzerwartung, die schon den vorauslaufenden Entscheidungsprozeß mitbestimmt hat, zusätzlich noch einmal auf das nachfolgende Verhalten aus. Ein anderer Ansatz, über die Intention hinausgehende Verhaltensdeterminanten zu erschließen, liegt in der Theorie des Versuchs von BAGOZZI/WARSHAW (1990). In dieser Theorie wird unterstellt, daß man bei einem Entscheidungsprozeß ein Ziel vor Augen hat, daß man zu erreichen trachtet. Es geht also weniger um ein Endverhalten, sondern eher um ein schwieriges Verhaltensziel, welches einen Versuch wert ist. Die Handlung wird als ein Prozeß betrachtet, der versuchsweise initiiert und nur dann zielführend aufrechterhalten wird, wenn dafür geeignete Bedingungen herrschen. Unter dieser veränderten theoretischen Perspektive erschien es den Autoren auch sinnvoll, andere Elemente des alten Modells von FISHBEIN und AJZEN zu präzisieren (Abb. 4). So wird jetzt zwischen drei Arten von Einstellungen unterschieden, der Einstellung zum Erfolg, derjenigen zum Mißerfolg und derjenigen zum Prozeß der Zielverfolgung. Daneben haben sich die Autoren entschieden, nicht die Verhaltenskontrolle in ihr Modell aufzunehmen, sondern statt dessen die Erwartungen von Erfolg und Mißerfolg, weil



diese unmittelbar auf die Zielerreichung bezogen sind. Während Verhaltenskontrolle oder Selbstwirksamkeitserwartung sich auf die eigene Kompetenz richten, bringen die Erfolgs- und Mißerfolgserwartungen die subjektiven Wahrscheinlichkeiten im Hinblick auf das Ziel zum Ausdruck. Ein anderer wichtiger Unterschied liegt in der Berücksichtigung des früheren Verhaltens. Bekanntlich ist früheres Verhalten in vielen Fällen der beste Prädiktor für späteres Verhalten. Zukünftiges Sporttreiben zum Beispiel läßt sich am besten vorhersagen durch früheres Sporttreiben (vgl. FUCHS 1990). In der älteren Theory of Reasoned Action waren frühere Handlungen kein Thema, weil man annahm, dies und vieles andere würde ohnehin indirekt durch die anderen Modellkomponenten hindurchwirken müssen. Dem widerspricht aber die Empirie. Ein Verhalten ist dann wahrscheinlicher, wenn es schon einmal zuvor aufgetreten ist. Für einen Raucher, der noch nie versucht hat aufzuhören, ist die Entwöhnungswahrscheinlichkeit geringer als für einen, der schon ein paar Versuche hinter sich hat. Die Zahl der mißlungenen Entwöhnungsversuche gibt keine Veranlassung zu einer ungünstigen Prognose. Im Gegenteil: durch viele Versuche, die scheitern, wird spezifische Kompetenz aufgebaut, Fehler zu vermeiden und sich von Rückschlägen zu erholen (SCHWARZER 1992 a). BAGOZZI/WARSHAW (1990) haben das frühere Verhalten darüber hinaus nach zwei Aspekten differenziert: dessen Häufigkeit und dessen Kürzlichkeit. In ihrer Studie zur Gewichtsabnahme hat sich in der Tat das frühere Verhalten als hochbedeutsam erwiesen, und zwar nur die Kürzlichkeit, nicht die Häufigkeit. Wer gerade kurz zuvor versucht hat, abzunehmen, war stärker geneigt, es wieder zu versuchen, egal wie oft dies früher schon getan worden war. Dieser

Befund muß als vorläufig eingeschätzt werden, und es bleibt abzuwarten, inwieweit es gelingt, unterschiedliche Aspekte des vorauslaufenden Verhaltens valide zu operationalisieren. Die Theory of Trying liefert auf jeden Fall gute Denkanstöße.

2. Die Volitionsphase: das Gesundheitsverhalten gegen Widerstände durchsetzen

Die theoretische Elaboration der Volitionsphase in Abgrenzung zur Motivationsphase geht vor allem auf HECKHAUSEN und KUHLE zurück (vgl. zuletzt GOLLWITZER 1993; HECKHAUSEN 1989; KUHLE/BECKMANN 1994). Man kann eine Intention in einen Vorsatz umwandeln, indem man zum Beispiel die Absicht, das Rauchen aufgeben zu wollen, konkretisiert und sich sagt „Morgen werfe ich alle Tabakwaren und Aschenbecher weg, und wenn mir jemand eine Zigarette anbietet, lehne ich sie ab“. Dies läßt sich auch als eine spezifische Handlungsintention oder noch genauer als eine Ausführungsintention bezeichnen. Darin wird zum Ausdruck gebracht, inwieweit man seine Vorstellungen angesichts konkreter Situationen zu realisieren beabsichtigt. Es ist dabei nicht immer leicht, zwischen dem Vorsatz und dem Handlungsplan zu unterscheiden, nämlich dem, was man tun will, und der Art und Weise, wie man es tun will. „Ich will eine angebotene Zigarette ablehnen“ wäre eher eine Ausführungsintention und „Ich sage dann ‚Nein, danke, ab heute bin ich Nichtraucher‘“ wäre eher schon ein Plan oder eine Strategie. Um keine begriffliche Konfusion aufkommen zu lassen, wollen wir uns im folgenden nur noch mit GOLLWITZER (1993) auf zwei Arten von Intentionen beschränken: Zielintentionen (goal intentions) und Ausführungsintentionen (implementation intentions). „Ich habe die Absicht, x zu tun“ wäre das eine, „Ich will auf folgende Weise mit x beginnen, sobald die Bedingungen dafür erfüllt sind“ wäre das andere. Mit der Zielintention (Absicht) wird ein globales Verhalten angestrebt („Ich will gesünder leben“). Das Ausmaß, zu dem man sich hier engagiert, kann sehr unterschiedlich sein. Man mag sich zwar nach langem Kampf zu einer Absicht durchringen, muß deswegen aber noch nicht Feuer und Flamme dafür sein. Wenn jemand einen Konflikt durch eine Zielintention beendet, dann mag die Intensionsstärke niedrig sein, weil die Person noch eine Reihe anderer Selbstverpflichtungen oder Zielbindungen eingegangen ist, sie mag aber auch sehr groß sein, weil dieses Thema den zentralen Gedankeninhalt von einem Wunschhorizont darstellt. Die Intensionsstärke (commitment) ist im wesentlichen vom Grad der Erwünschtheit des Ziels abhängig und wirkt sich auf den weiteren volitionalen Prozeß direkt aus. Die Intensionsstärke kann auch von anderen Faktoren abhängen, zum Beispiel von der Realisierungswahrscheinlichkeit (oder Aufgabenschwierigkeit). Anreize und Erwartungen, Machbarkeit und Erwünschtheit sind ineinanderwirkende Determinanten der Zielintention und der damit verbundenen Intensionsstärke. Mag das Commitment auch noch so groß sein, eine Garantie für das Zustandekommen der beabsichtigten Handlung ist dadurch aber noch nicht gegeben. Manchmal geht alles wie von selbst, nachdem ein Entschluß erst einmal gefaßt ist, doch ein anderes Mal tun sich Barrieren auf, die eine Umsetzung erschweren. Man wartet vergeblich auf eine günstige

Gelegenheit zur Initiierung der Handlung oder kann sich nicht entscheiden, wie man am besten vorgehen sollte. Konflikte gibt es auch hier in der präaktionalen Volitionsphase, und zwar solche zwischen den Optionen der Realisierung. Soll man zum Beispiel die Absicht, sich gesünder zu ernähren, dadurch verwirklichen, daß man auf tierisches Fett und Süßigkeiten verzichtet, daß man frisches Gemüse und Ballaststoffe ißt oder indem man beide Strategien gleichwertig verfolgt? Soll man etwas sofort tun oder lieber auf eine bessere Gelegenheit warten? Um einer übergeordneten Zielintention auf den Weg zu helfen, braucht man oft eine ganze Reihe von Ausführungsintentionen, die unter Berücksichtigung der Umstände vorschreiben, was wann wie getan werden soll. Solches Planen ist der Bildung von Zielintentionen logisch und zeitlich nachgeordnet, doch kann man sich gut vorstellen, daß in manchen Fällen die Details der Realisierung schon vorweg gedacht werden, bevor man überhaupt eine Absicht formuliert hat. Beim Tagträumen zum Beispiel entstehen antizipatorische Szenarios einer geänderten Lebensweise, die ganz präzise und anschaulich sein können, ohne daß man sich schließlich zu genau derjenigen Zielintention durchringt, die eigentlich deren Voraussetzung darstellt. Man kann sich ausmalen, wie man es wohl anstellen würde, eine Sportart zu erlernen, ohne daß dem wirklich schon eine ernsthafte Absicht unterliegt. Ausführungsintentionen schriftlich zu formulieren, hat sich in vielen Fällen bewährt. Sich selbst auf einen Zeitpunkt und Ort festzulegen, an dem das Beabsichtigte in Gang kommen soll, begünstigt offenbar die Umsetzung einer Zielintention in eine Handlung. Dies wird in der Raucherentwöhnung mit Erfolg praktiziert. Mit der Zielintention allein, sich das Rauchen abgewöhnen zu wollen, kommt man in der Regel nicht weiter, solange man keine Ausführungsintentionen formuliert. Man muß vielmehr ganz genau planen, welche Schritte man wann zu unternehmen gedenkt. Die präaktionale Volitionsphase kann dabei Wochen dauern und den Charakter eines „Count down“ tragen, bei dem man sich durch Vorbereitungshandlungen und -gedanken auf den Tag X zubewegt, den Tag, der eine wichtige Lebenszäsur bedeutet und der so unvergeßlich werden soll wie der eigene Geburtstag (American Lung Association 1991). Man überlegt sich, was man mit den restlichen Zigaretten tun will, wie man sich eine rauchfreie Umwelt verschafft, welchen Rauchern man dabei möglichst aus dem Weg gehen muß und an wen man sich vertrauensvoll anlehnt, wenn man Unterstützung braucht. Außerdem legt man den Tag X so, daß gerade eine Streiþphase vorbei ist, in der die Versuchung zu rauchen übermächtig werden könnte. Studenten zum Beispiel nehmen sich gern vor, einen Tag nach der Abgabe ihrer Diplomarbeit mit dem Rauchen aufzuhören.

Welcher psychologische Mechanismus sorgt dafür, daß Ausführungsintentionen das tatsächliche Handeln begünstigen? Will man nicht vergessen, was man sich vorgenommen hat, macht man sich zum Beispiel einen Knoten ins Taschentuch. So ähnlich könnte eine Ausführungsintention wirken. Was man bis ins Detail durchdacht hat, läßt sich leichter erinnern. Man begegnet einer bestimmten Situation und erinnert sich daran, daß man für sie eine Handlungsinitiative vorbereitet hat. Wenn Auslösebedingungen und konkrete Verhaltensabläufe von vornherein mitgedacht werden, wird die Intention leichter aus dem Gedächtnis abgerufen, indem eine entsprechende Verbindung erzeugt wird, sobald man in die passende Situation gerät (GOLLWITZER 1993).

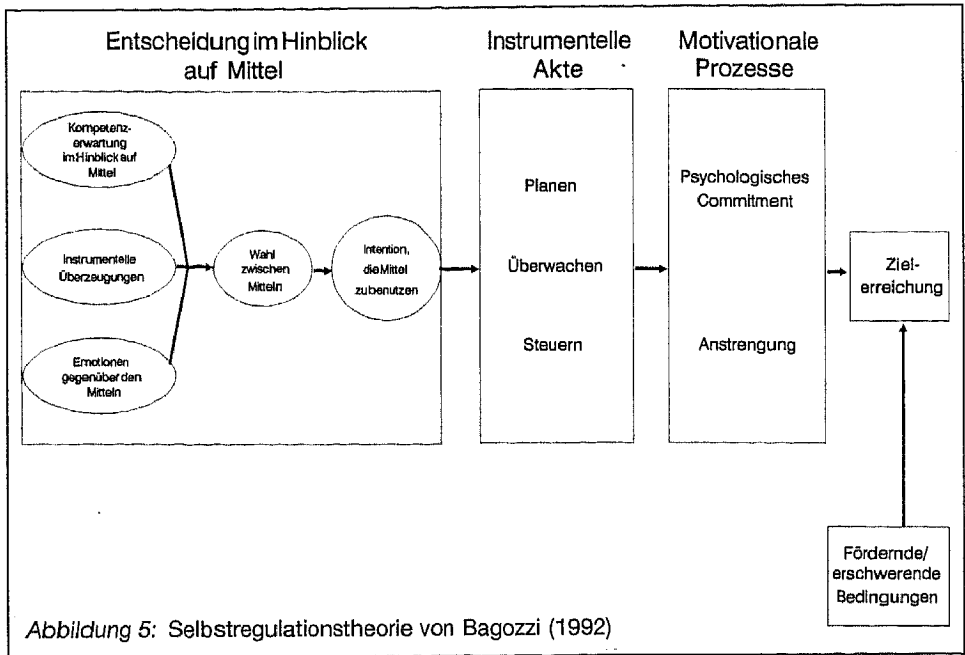
Die Motivationsphase, in der Wünsche erwogen und Zielintentionen gebildet werden, ist realitätsorientiert, das heißt, man befindet sich in einer psychischen Verfassung, in der man für vielfältige Anregungen aus der umgebenden Wirklichkeit offen ist. Diese kognitive Orientierung bezeichnet GOLLWITZER als „deliberative mind-set“. In der Volitionsphase dagegen schaltet man um auf ein „implemental mind-set“, eine kognitive Orientierung, die weniger offen für Alternativen ist, sondern in der die Aufmerksamkeit auf die Handlungsrealisierung gerichtet ist. Eine solche Abschottung ist funktional für die Zielverfolgung. Darüber hinaus wird die Erwünschtheit des Ziels eher überschätzt, und seine Erreichbarkeit wird eher zu optimistisch gesehen (GOLLWITZER/KINNEY 1989). Wenn man sich erst einmal für eine Sache entschieden hat, engt man den Blickwinkel ein und konzentriert sich mit Zuversicht darauf, das Ziel zu verfolgen. Die Formulierung von Ausführungsintentionen geschieht also eher in einer konstruktiv-optimistischen Grundstimmung, während die Bildung von Zielintentionen schon eher mit abwertender Skepsis und mehr Realitätsicht erfolgt. Überträgt man die Befunde von GOLLWITZER auf die heutige Optimismusforschung (SCHWARZER 1993b), so ergibt sich daraus die Hypothese, daß der verbreitete unrealistische Optimismus vor allem dann auftreten müßte, wenn sich die Menschen gerade auf dem Wege der Zielverfolgung befinden, also eine kognitive Orientierung einnehmen, die einem „implemental mind-set“ entspricht. Realistischer oder gar pessimistischer müßten sie sein, wenn sie gerade dabei sind, sich zwischen konfligierenden Alternativen entscheiden zu müssen (deliberative mind-set). Man könnte auch sagen, optimistisch wäre man eher in einem Augenblick, in dem die Handlungsorientierung dominiert, realistisch oder pessimistisch dagegen in einem Moment, in dem man lageorientiert ist (vgl. KUHLE 1983).

Auch bei amerikanischen Gesundheitspsychologen findet man neuerdings eine verstärkte Bemühung um Erkenntnisse über die Umsetzung und Aufrechterhaltung von Intentionen. So haben zum Beispiel PROCHASKA/DICLEMENTE (1983, 1984) ein Fünf-Stufen-Modell vorgeschlagen (Transtheoretical Model of Change). Die erste Stufe liegt noch vor jeglicher Beschäftigung mit der Gesundheitsproblematik (precontemplation), die zweite besteht aus der Motivationsphase (contemplation), die dritte aus der Planungsphase (preparation), die vierte aus der Handlung (action) und die fünfte schließlich aus der Aufrechterhaltung (maintenance) des Gesundheitsverhaltens. In ähnlicher Weise haben WEINSTEIN/SANDMAN (1992) ein Phasenmodell entworfen. Während die letzten beiden Stufen mit den vorhergenannten identisch sind, differenzieren die Autoren die Vorstufe danach, ob jemand sich überhaupt nicht der Problematik bewußt ist (unaware of issue) oder trotz des Wissens um die Dinge einfach nicht persönlich involviert ist (unengaged by issue). Auf die Motivationsphase (deciding to act) folgt dann eine nicht näher bestimmte Umsetzungsphase (decided to act). Beide theoretischen Versuche sind bemerkenswert, weil damit erstmalig die Prozeßhaftigkeit der Gesundheitsförderung angesprochen wird sowie die Notwendigkeit, auf unterschiedlichen Stufen des Geschehens maßgeschneiderte Interventionsprogramme zu entwickeln.

Eine stärkere Elaboration solcher Zwischenprozesse findet sich in der Selbstregulationstheorie von BAGOZZI (1992), die in Abbildung 5 skizziert ist. Wenn man eine Zielintention gebildet hat, ergeben sich kognitive Prozesse im

Hinblick auf die Mittel und Wege der Realisierung wie zum Beispiel „Ich mache es genauso wie beim letzten Mal“. Hat man noch keine Erfahrung mit dem Verhalten und kann daher keine fertigen Szenarios oder Scripts abrufen, kommen Regeln zur Anwendung wie zum Beispiel „Ich nehme die einfachste Methode“ oder „Ich verfolge die erstbeste Idee, wie ich die Handlung ausführen kann“. Ist die beabsichtigte Handlung aber sehr neu, komplex oder schwierig, dann ist ein etwas aufwendigerer Planungsprozeß erforderlich, den man mit Gedanken einleiten kann wie „Ich überlege mir jetzt mal verschiedene Möglichkeiten, wie ich das Problem am besten angehen könnte“. Dieser letzte Typ ist derjenige, auf den die Theorie ausgerichtet ist und der besonderen Erklärungsbedarf erfordert. In dreierlei Hinsicht wird eine kognitive Einschätzung der Mittel und Wege vorgenommen. Zum einen wird gefragt, ob man über die nötige Fähigkeit verfügt. BAGOZZI setzt dies gleich mit der Selbstwirksamkeitserwartung. Zum anderen muß geprüft werden, ob es Handlungen gibt, die für die Zielerreichung funktional beziehungsweise effektiv sind. Dies nennt er instrumentelle Überzeugungen (*instrumental beliefs*), was übrigens identisch ist mit Konsequenzerwartungen (*outcome expectancies*). Eine dritte Determinante wird hinzugefügt, nämlich die Gefühlsregung gegenüber den zur Wahl stehenden Mitteln (*affects toward means*). Diese drei postintentionalen kognitiven Einschätzungen führen miteinander zur Entscheidung zwischen den möglichen Mitteln und zur Intention, eines davon für die Zielerreichung einzusetzen. In einer empirischen Untersuchung zum Konsumentenverhalten fanden BAGOZZI/BAUMGARTNER/YI (1992) eine Drei-Weg-Interaktion zwischen diesen Einschätzungsgrößen, aber inwieweit Haupteffekte oder Wechselwirkungen wirklich bei diesem Modell den Ausschlag geben, bedarf noch weiterer Klärung. Auf die persönliche Entscheidung für die optimalen Mittel folgen Ausführungsprozesse wie zum Beispiel Planen, Überwachen und Steuern. Dies wird vom Autor weitgehend identisch mit den „Versuchen“ in der Theory of Trying gesehen. In motivationalen Hinsicht wirken während dieser Volitionsphase vor allem zwei psychologische Prozesse auf die Handlungsausführung ein, nämlich das Commitment und die Anstrengung.

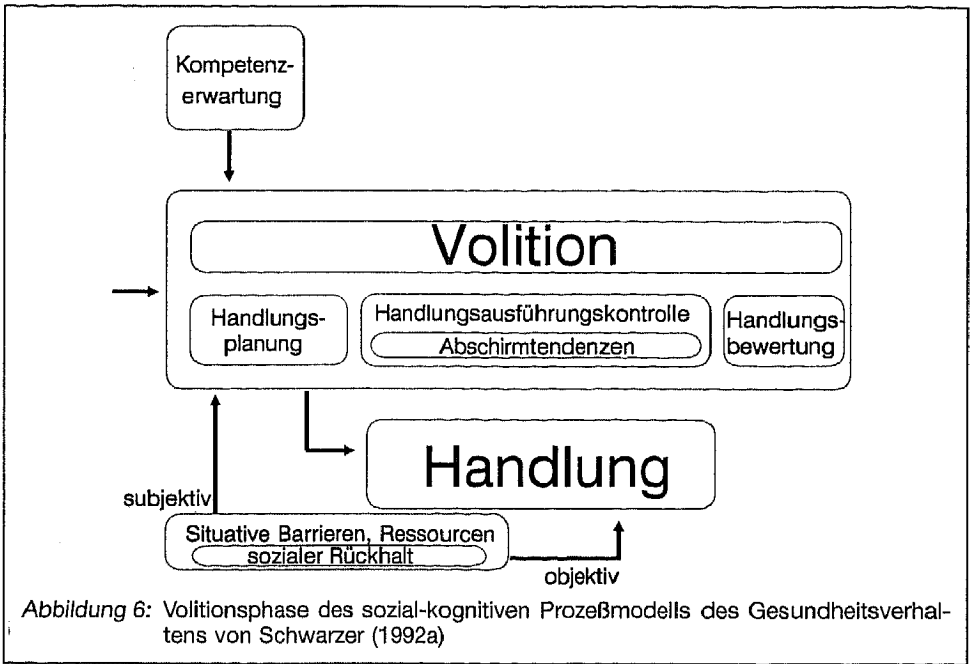
Die Terminologie von BAGOZZI erscheint etwas eigenwillig und ist nicht ganz vereinbar mit derjenigen der deutschen Volitionsforscher (HECKHAUSEN 1989; GOLLWITZER 1993; KUHLE/BECKMANN 1994). Das wichtigste an der Selbstregulationstheorie von BAGOZZI (1992) ist vor allem, daß hier in Weiterführung der Theory of Reasoned Action Zwischenprozesse elaboriert werden, die den Blick für die operativen Mechanismen schärfen und damit die Erklärungskraft erhöhen. Insbesondere seine Überlegungen zur postintentionalen Phase verdienen Beachtung. In Übereinstimmung mit der Gesundheitsverhaltenstheorie von SCHWARZER (1992a) kommt hier der Selbstwirksamkeitserwartung eine Schlüsselrolle zu, wenn es um die Umsetzung einer Intention in eine Handlung geht. Im folgenden soll ein Ausschnitt aus diesem sozial-kognitiven Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns skizziert werden (SCHWARZER 1992a). Die Abbildung 6 enthält drei Ebenen, eine kognitive, eine handlungsbezogene und eine situative. In der präaktionalen Phase der Volition wird die beabsichtigte Handlung im Detail geplant. Das Wie und Wo der Handlung wird festgelegt, wobei eine ganze Reihe alternativer Ausführungsideen generiert werden kann. Ein solcher Handlungsplan wird auch als Ausführungsintention bezeichnet. In



dieser präaktionalen Phase kommt noch einmal die Kompetenzerwartung zur Geltung, die schon zuvor die Intentionsbildung beeinflusst hatte. Bei der Detailplanung einer Handlung spielt es eine ganz wesentliche Rolle, ob jemand sich auch wirklich in der Lage sieht, bestimmte Teilhandlungen auszuführen, ohne die der Erfolg nicht gesichert wäre.

Dann wird die Handlung initiiert (bzw. deaktiviert, wenn es um die Unterlassung eines kritischen Verhaltens geht). Mit Handlung ist hier sowohl ein Gesundheitsverhalten gemeint (z. B. Zähneputzen) als auch die Unterlassung eines Risikoverhaltens (z. B. Rauchen). Auf etwas Reizvolles oder Gewohntes zu verzichten, erfordert einen aktiven Bewältigungsprozeß mit der nötigen Volitionsstärke. Während dieser aktionalen Phase findet eine ständige Handlungsausführungskontrolle statt, in der es darum geht, sowohl die Handlung als auch die Intentionen gegenüber Distraktoren abzuschirmen. Metakognitive Abschirm- und Durchhaltetendenzen können dafür sorgen, daß man nicht „abdriftet“, nicht die Handlung unterbricht und nicht seine Aufmerksamkeit ständig anderen Dingen widmet. Gäbe es keine metakognitive Kontrollinstanz, würden wir den „roten Faden“ verlieren, uns von den augenblicklichen Umständen hin- und herschieben lassen und die Handlungsziele aus den Augen verlieren. Zu solchen Metakognitionen gehören auch „Durchhalteparolen“ wie z. B. „Wenn ich jetzt aufgebe, war alles umsonst, was ich bisher schon an Anstrengung in dieses Gesundheitsverhalten investiert habe“.

In der postaktionalen Phase findet eine Handlungsbewertung statt, in der Erfolge und Mißerfolge registriert und interpretiert werden. Mißlungene Realisierungsversuche können der Volitionsstärke abträglich sein, während Erfolge vorteilhaft sind. Dies hängt jedoch auch vom Ausgang der einzelnen



Bewertungsprozesse ab, zum Beispiel von der Kausalattribution. Wird ein Erfolg internal-stabil attribuiert, also der eigenen Fähigkeit zugeschrieben, so fördert dies die Volitionsstärke und bestätigt im übrigen auch eine positive Kompetenzerwartung; wird ein Erfolg dagegen external attribuiert, also zum Beispiel auf günstige Bedingungen zurückgeführt, so dürfte damit kein volitionaler Gewinn verbunden sein. Die postaktionale Phase kann man übrigens als Teil einer neuen Motivationsphase ansehen (HECKHAUSEN 1989).

Die Handlung selbst ist hier der Einfachheit halber als eine abgeschlossene Einheit dargestellt. In der Realität findet man eine Reihe fortlaufender, vielleicht auch ineinander verschachtelter Handlungen, deren Verlauf und Zwischenergebnisse kontinuierlich überwacht und bewertet werden. Die Handlung wird aber nicht nur von Kognitionen, sondern auch von den situativen Gegebenheiten sowie von objektiven Fertigkeiten und anderen Ressourcen einer Person mitbestimmt. Jemand nimmt sich zum Beispiel vor, jede Woche zu surfen, initiiert die Handlung tatsächlich und fällt dann gleich ins Wasser, weil die elementaren technischen Fertigkeiten nicht gegeben sind. In diesem Beispiel mögen alle Voraussetzungen erfüllt sein, mit Ausnahme der objektiven Kompetenz. Ein anderer Hinderungsgrund liegt in den objektiven Umständen begründet. Wem die Ausrüstung fehlt, der kann nicht surfen. Umgekehrt können die Gelegenheiten für eine Handlungsrealisierung sehr günstig ausfallen, zum Beispiel wenn jemand eingeladen wird, unter südlicher Sonne auf einem ruhigen See einen Surfkurs zu absolvieren, und die Ausrüstung dafür bereitgestellt wird. Die Kosten für eine Handlung sind ins Kalkül zu ziehen. Dazu gehören Geld, Zeit, Aufwand und auch psychische Kosten. Von besonderer Bedeutung sind die sozialen Barrieren, Ressourcen und Gelegenheiten, die

hier mit sozialem Rückhalt abgekürzt wurden. Die Einbindung in ein soziales Netzwerk kann dafür sorgen, daß Gelegenheiten für die Ausführung von Handlungen geschaffen werden, aber sie kann genauso dazu führen, daß Barrieren aufgerichtet werden. Wenn jemand eine komplizierte Diät einhalten will und die ganze Familie mitmacht, dann ist dies eine soziale Unterstützung; wenn jemand in einem Lokal sich mühsam dazu zu überwinden sucht, ein Mineralwasser zu bestellen, und die Freunde sich Schnaps und Bier kredenzen lassen, dann erweist sich das soziale Netz als eine Barriere. Gute Freunde können eine Handlungsausführung sowohl behindern als auch begünstigen, und darüber hinaus kann die Handlung entweder gesundheitsförderlich oder gesundheits-schädlich sein (SCHWARZER/LEPPIN 1989, 1990). Neben der direkten objektiven Beeinflussung des Handelns durch situative Gegebenheiten findet auch eine indirekte und subjektive Beeinflussung statt. Die subjektiv wahrgenommene Situation bedingt die Volitionsstärke. Wer glaubt, keine Zeit zu haben, obwohl dies doch der Fall ist, wird sich die Zeit gar nicht erst nehmen.

Zur Erforschung und Förderung von Volition ist es erforderlich, einerseits die „Distraktoren“ und andererseits diejenigen Abschirm- und Durchhaltetendenzen zu identifizieren, die ein Mehr an Anstrengung und Ausdauer begünstigen. Ein Beispiel aus Gesundheitsprojekten ist die „öffentliche Willensbekundung“, in der die Person anderen ihre Absicht kundtut, ihr Verhalten zu ändern, z. B. ihr Übergewicht zu reduzieren. Ein späteres Disengagement wäre dann mit einem Selbstwertverlust („Gesichtsverlust“) verbunden. Der Entschluß zur Handlung ist dabei zu einem Bestandteil des Selbstkonzepts geworden, und ein unerwarteter Handlungsverzicht würde eine negative Selbstkonzeptdiskrepanz zur Folge haben. Abschirmungs- und Durchhaltetechniken können selbstbezogene Kognitionen sein wie zum Beispiel Erwartungen, ein bestimmtes Handlungsziel auch wirklich erreichen zu können, oder die konzentrierte Bindung an einen zielführenden Handlungspfad. Selbstregulationsprozesse dieser Art entziehen sich teilweise dem empirischen Zugriff, und erhebliche wissenschaftliche Anstrengungen sind noch nötig, um der Praxis der Gesundheitserziehung diese Prozesse weiter zu erschließen (KAROLY 1993; KUHL/BECKMANN 1994; SCHWARZER 1992b).

3. Schlußfolgerungen: Ressourcen bewußt machen und Stufen identifizieren

Nachdem heute bekannt ist, daß die Vermittlung von Wissen und die Erzeugung von Bedrohung allein noch keine tauglichen Mittel darstellen, um das Gesundheitsverhalten zu fördern, muß man sich nach besseren Methoden umsehen. Dabei hilft ein Blick auf die aktuelle wissenschaftliche Debatte über Gesundheitsverhaltenstheorien. Die konkurrierenden Modelle weisen neuerdings eine Konvergenz bezüglich der verwendeten Konstrukte auf, indem sie – teils unter verschiedenen Namen – ihre Erklärungskraft mit Hilfe des Konstrukts der Kompetenzerwartung zu verbessern suchen. Dahinter steht der Gedanke, daß der Risikobegriff zu kurz greift, um daraus pädagogische Interventionen abzuleiten. Statt dessen tritt der Ressourcenbegriff in den Vordergrund. Man muß offenbar den Adressaten vermitteln, daß sie Anlaß zu

Optimismus haben, weil sie wirklich selbst über die Handlungskompetenz verfügen, um wirksame Präventionsmaßnahmen zum Schutz ihrer Gesundheit ergreifen zu können. Darüber hinaus muß deutlich werden, daß auch die Schadbegrenzung ein wichtiges pädagogisches Ziel darstellt, für das es sich lohnt, spezifische Kompetenzen aufzubauen.

Dieses konstruktorientierte Argument stellt nur eine der möglichen Verbesserungen gegenüber früheren Denkansätzen dar. Ein weiterführendes prozeßorientiertes Argument liegt darin, die Gesundheitserziehung als einen Vorgang zu betrachten, der sich in mehrere qualitativ verschiedene Stufen unterteilen läßt. Dazu gehören zum Beispiel die Motivationsphase und die präaktionale sowie die aktionale Volitionsphase. Auf jeder Stufe gelten möglicherweise andere Erklärungs- und Vorhersagemodelle. Die Risikowahrnehmung, die vielleicht noch in der Motivationsphase stimulierend wirken mag, dürfte danach weitgehend bedeutungslos werden. Kompetenzerwartung dagegen wirkt in allen Phasen förderlich. Zielintentionen kommen vermutlich unter dem besonderen Einfluß von Ergebniserwartungen zustande, Ausführungsintentionen mehr aufgrund von Kompetenzerwartung. Dies bedarf allerdings noch der näheren Erforschung.

Schließlich muß darauf hingewiesen werden, daß die Gültigkeit von Gesundheitsverhaltenstheorien mit den Lebensbereichen variieren kann, so daß zum Beispiel für Rauchen, Kondombenutzung und Krebsvorsorge nicht unbedingt derselbe Mechanismus gelten muß. Zumindest dürfte beim Wechsel von einem Verhaltensbereich auf den anderen eine Akzentverschiebung einzelner Modellkomponenten auftreten. Es bleibt zu hoffen, daß sich die gesundheitspädagogische Interventionsforschung stärker als bisher von dem gegenwärtigen Stand der Theoriebildung leiten läßt.

Literatur

- AJZEN, I.: The theory of planned behavior. In: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (1991), S. 179–211.
- AMERICAN LUNG ASSOCIATION: Freedom from smoking for you and your family (Brochure). Los Angeles, CA: ALA 1991.
- BAGOZZI, R. P.: The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. In: *Social Psychology Quarterly* 55 (1992), S. 178–204.
- BAGOZZI, R. P./BAUMGARTNER, H./YI, Y.: State versus action orientation and the Theory of Reasoned Action: An application to coupon usage. In: *Journal of Consumer Research* 18 (1992), S. 505–518.
- BAGOZZI, R. P./WARSHAW, P. R.: Trying to consume. In: *Journal of Consumer Research* 17 (1990), S. 127–140.
- BANDURA, A.: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological Review* 84 (1977), S. 191–215.
- BANDURA, A.: Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In: R. SCHWARZER (Hrsg.): *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere 1992, S. 3–38.
- FISHBEIN, M./AJZEN, I.: *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA 1975.
- FUCHS, R.: *Sportliche Aktivität bei Jugendlichen: Entwicklungsverlauf und sozial-kognitive Determinanten*. Köln 1990.
- GOLLWITZER, P. M.: Goal achievement: The role of intentions. In: W. STROEBE/M. HEWSTONE (Hrsg.): *European Review of Social Psychology* 4 (1993), S. 141–185.

- GOLLWITZER, P. M./KINNEY, R. F.: Effects of deliberative and implemental mind-sets on the illusion of control. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 54 (1989), S. 531–542.
- HECKHAUSEN, H.: *Motivation und Handeln*. Berlin 1989.
- JERUSALEM, M.: *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen 1990.
- KAROLY, P.: Mechanisms of self-regulation: A systems view. In: *Annual Review of Psychology* 44 (1993), S. 23–52.
- KOK, G./DEN BOER, D./DEVRIES, H./GERARDS, F./HOSPERS, H. J./MUDDE, A. N.: Self-efficacy and attribution theory in health education. In: R. SCHWARZER (Hrsg.): *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere 1992, S. 245–262.
- KUHL, J.: *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin 1983.
- KUHL, J./BECKMANN, J. (Hrsg.): *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen/Toronto 1994.
- LOCKE, E. A./LATHAM, G. P.: *A theory of goal setting and task performance*. Englewood, NJ 1990.
- PROCHASKA, J. O./DICLEMENTE, C. C.: Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51 (1983), S. 390–395.
- PROCHASKA, J. O./DICLEMENTE, C. C.: *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, IL 1984.
- SCHWARZER, R.: *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen 1992 (a).
- SCHWARZER, R. (Hrsg.): *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. Washington, DC: Hemisphere 1992 (b).
- SCHWARZER, R.: *Streß, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart 1993 (a).
- SCHWARZER, R.: Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 1 (1993), S. 7–31 (b).
- SCHWARZER, R./LEPPIN, A.: *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen 1989.
- SCHWARZER, R./LEPPIN, A.: Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: R. SCHWARZER (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen 1990, S. 395–414.
- TAYLOR, S. E.: *Health psychology* (Second edition). New York 1991.
- WEINSTEIN, N. D.: Testing four competing theories of health-protective behavior. In: *Health Psychology* 12 (1993), S. 324–333.
- WEINSTEIN, N. D./SANDMAN, P. M.: A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. In: *Health Psychology* 11 (1992), S. 170–180.

Abstract

The author presents new theoretical considerations which may contribute to a stimulation of research in health education and which may have an impact on the practice of health education. In this, he differentiates phases of the process of self-regulation which leads to either hazardous or healthy behavior. The initial phase of motivation is characterized by the weighing of alternatives and ends with the formulation of objectives. In the subsequent phase of volition, an intention is translated into an attempt at action and the healthy behavior is kept up despite obstacles. In this, competence expectation again proves an important influence. In a final part, consequences for health education are being discussed.

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie,
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin